

RHEUMA-FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Sie sich auf Ihren ersten Untersuchungstermin zur Abklärung einer rheumatischen Erkrankung vorbereiten können und uns wichtige Informationen nicht entgehen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten und bei Ihrem Besuch den Fragebogen ausgefüllt mitzubringen. Ihre Angaben sind freiwillig.

Name

Vorname

Geburtsdatum

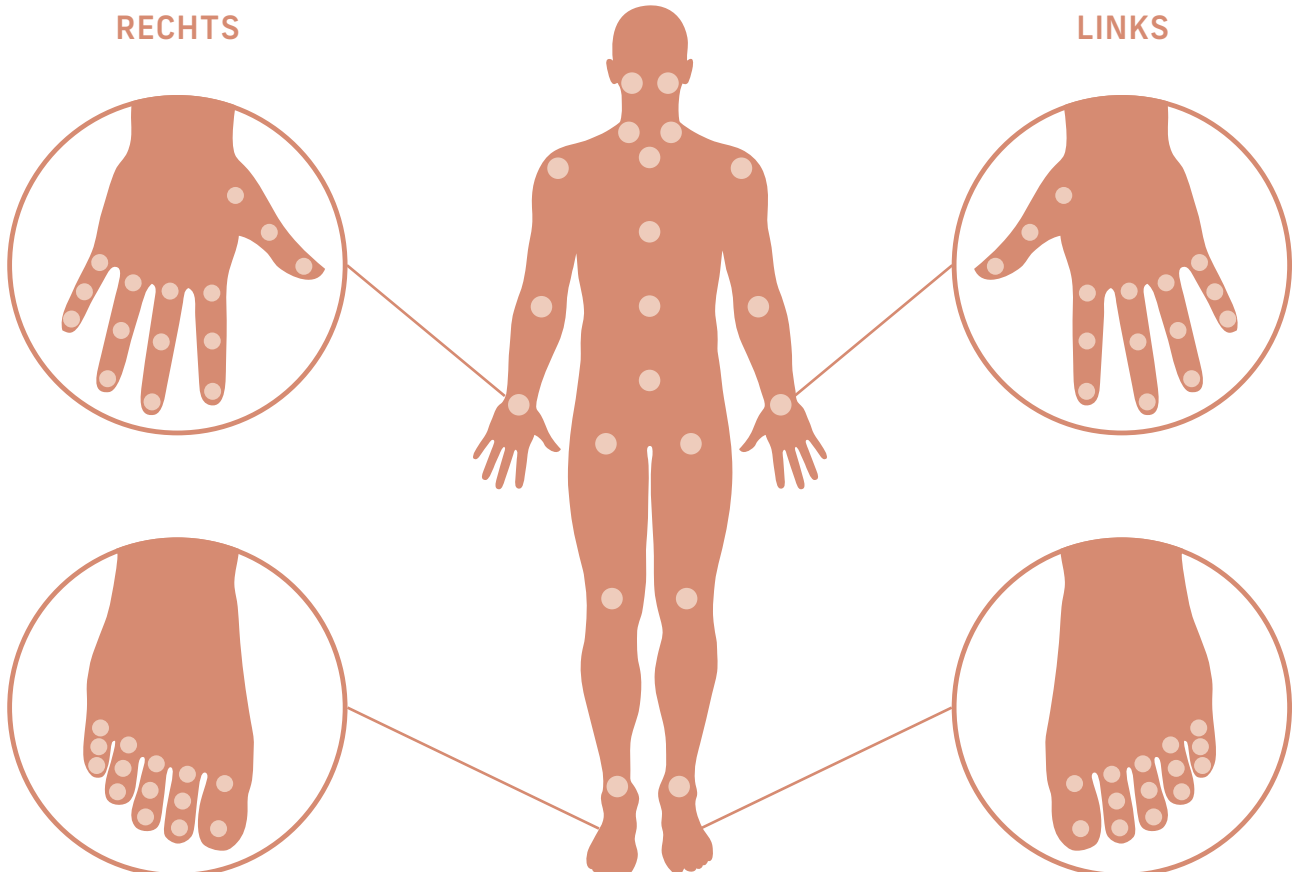
Körpergröße/cm

Körpergewicht/kg

1. Leiden Sie unter Gelenkschmerzen oder Gelenkschwellungen? Ja Nein

Wenn ja, seit wann treten die Beschwerden auf?

Markieren Sie bitte im Bild die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Schwellungen verspüren.



RHEUMA-FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

2. Wann treten diese Schmerzen auf?

- bei Bewegung in Ruhe dauernd nachts morgens

3. Wann bessern sich die Schmerzen?

- in Ruhe bei Bewegung bei Wärme bei Kälte

4. Können Sie morgens die Hände zu einer Faust schließen?

- Ja Nein

5. Sind Ihre Gelenke morgens steif oder lassen sich schwer bewegen?

- Ja Nein

Wenn ja, wie lange dauert dies an?

 Minuten

6. Leiden Sie unter tiefsitzenden Rückenschmerzen?

- Ja Nein

Wenn ja, seit wann?

Zu welcher Uhrzeit sind die Beschwerden am stärksten?

Wodurch bessern sich die Schmerzen der Wirbelsäule?

7. Treten bei Ihnen folgende Beschwerden auf?

Schuppenflechte (Psoriasis)?

- Ja Nein

Sonnenallergie der Haut?

- Ja Nein

Augenentzündungen?

- Ja Nein

Deutliche Augen- und/oder Mundtrockenheit?

- Ja Nein

Aphthen (schmerzhafte Entzündungen der Mund- oder Genitalschleimhaut)?

- Ja Nein

Regelmäßig blutig-borkiger Schnupfen?

- Ja Nein

Starkes nächtliches Schwitzen oder Fieber ohne einen grippalen Infekt?

- Ja Nein

Gewichtsverlust?

- Ja Nein

Fühlen Sie sich krank?

- Ja Nein

Verfärbungen der Finger „wie abgestorben“?

- Ja Nein

RHEUMA-FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

8. Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt/aufgetreten?

Lunge?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Herz?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Bluthochdruck?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Thrombose oder Lungenembolie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wann?	<input type="text"/>
Diabetes?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Leber?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Entzündliche Darmerkrankung (M. Crohn oder Colitis ulcerosa)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Nieren?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Schilddrüse?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Nervensystem?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Depression?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Schlafstörung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Allergien?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?	<input type="text"/>
Osteoporose?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Krebserkrankung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>
Andere Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche und seit wann?	<input type="text"/>

9. Wurden bei Ihnen Operationen, insbesondere der Gelenke oder der Wirbelsäule, vorgenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

RHEUMA-FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

10. Sind rheumatologische Erkrankungen, Schuppenflechte oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen von Eltern oder Geschwistern bekannt? Ja Nein

11. Ist bei Eltern oder Geschwistern eine Osteoporose aufgetreten? Ja Nein

12. Welche Medikamente, auch Schmerzmittel, nehmen Sie ein? Tragen Sie diese bitte ein oder bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit!

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

13. Was machen Sie beruflich?

14. Liegt ein Grad der Behinderung (GdB) vor? %

15. Treiben Sie Sport?

regelmäßig selten gar nicht